2e Série.
N° 637.

DES LUXATIONS TRAUMATIQUES DE LA SYMPHISE SACRO-ILIAQUE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE LUNDI 29 DÉCEMBRE 1862, A 4 HEURES DU SOIR,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

RAYMOND DELMAS

Né à Albi (Tarn)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

STRASBOURG

IMPRIMERIE D'AD. CHRISTOPHE, GRAND'RUE, 136.

1862.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Regrets éternels.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Reconnaissance et gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE.

A MON PÈRE

Piété filiale.

A MON FRÈRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS

R. DELMAS.

A MONSIEUR RIGAUD

Professeur à la Faculté de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur.

R. DELMAS.

Faculté de Médecine de Strasbourg.

PROFESSEURS.

MM. Ehrmann, O ✻ Doyen. Anatomie et anatomie pathologique.
Fée O ✻. . . Botanique et histoire naturelle médicale.
Stoltz ✻. . . Accouchements et clinique d'accouchements.
Cailliot ✻ . . Chimie médicale et toxicologie.
Rameaux ✻ . . Physique médicale et hygiène.
G. Tourdes ✻ . Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
Sédillot O ✻ . } Pathologie et clinique chirurgicales.
Rigaud ✻ . . }
Schützenberger ✻ Pathologie et clinique médicales.
Stoeber ✻ . . Pathologie et thérapeutique générales et clinique ophthalmologique.
Küss . . . . Physiologie. } Clinique des maladies syphilitiques.
Michel . . . Médecine opératoire. }
L. Coze . . . Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie (clinique des maladies chroniques).
Hirtz. . . . Pathologie et clinique médicales.

M. R. Coze O ✻, doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Bach.	MM. Dagonet.	MM. Boeckel (E.)
Strohl.	Herrgott.	Spielmann,
Held.	Koeberlé.	Aubenas.
Kirschleger.	Morel.	Engel.
Wieger.	Hecht.	P. Schützenberger.

AGRÉGÉS STAGIAIRES :

MM. N...., N...., N...., N....

M. Dubois, secrétaire agent-comptable.

EXAMINATEURS DE LA THESE.

MM. Rigaud, président;
Michel;
Boeckel;
Aubenas.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

DES

LUXATIONS TRAUMATIQUES

DE LA SYMPHISE SACRO-ILIAQUE.

M. Malgaigne, dans son excellent ouvrage, *Des fractures et des luxations*, est le seul des auteurs classiques qui se soit étendu un peu longuement sur les luxations traumatiques de la symphise sacro-iliaque.

Ces luxations, méconnues jusqu'au xviiie siècle, ont pu être étudiées depuis, grâce aux observations, bien peu nombreuses du reste, qui ont été publiées jusqu'à ce jour.

Ayant eu l'occasion d'observer une lésion de ce genre dans la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, nous allons, dans ce travail, essayer de tracer un tableau des symptômes de la luxation sacro-iliaque, suite de traumatisme, en nous appuyant, du reste, sur les opinions des auteurs qui ont eu à traiter cette lésion et qui en ont relaté l'évolution dans les ouvrages qu'il nous a été possible de nous procurer.

Nous nous proposons d'étudier le traitement, surtout en établissant un parallèle entre les appareils employés jusqu'à ce jour, et le mode de traitement que notre professeur M. Herrgott, a eu l'ingénieuse idée d'employer sous nos yeux, et dont les résultats heureux ont dépassé toute attente.

Anatomie.

L'anatomie de la symphise sacro-iliaque comprend : les fossettes ovalaires du sacrum et de l'os iliaque et les faisceaux ligamenteux.

Les surfaces articulaires ont ceci de particulier, qu'elles sont sinueuses, alternativement concaves et convexes, et qu'elles offrent une double obliquité, de façon que le sacrum représente entre les os iliaques un double coin, dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur.

Ces surfaces osseuses sont revêtues d'une lame cartilagineuse mince, un peu plus épaisse du côté du sacrum : M. Velpeau prétend même qu'elle n'existe pas du côté de l'os iliaque.

Ces lames ne se touchent pas ; il existe entre elles une substance molle, jaunâtre, disséminée par flocons isolés. Leur surface est rugueuse chez l'adulte.

Comme moyen de connexion, se trouvent de petits faisceaux ligamenteux entrecroisés, allant horizontalement de l'une à l'autre surface articulaire (ligament interosseux de Cruveilhier).

L'articulation est entièrement entourée de faisceaux ligamenteux très-forts, parmi lesquels on distingue :

Le ligament sacro-iliaque, occupant en arrière l'espace que laissent entre eux le sacrum et l'os iliaque.

Le ligament sacro-épineux, allant du sacrum à l'épine iliaque postérieure et supérieure.

En avant et transversalement situées, se trouvent encore des fibres très-minces formant un ligament antérieur de l'articulation.

Au niveau de la symphise sacro-iliaque, on trouve en arrière les téguments et les aponévroses d'insertion des muscles dorsaux.

En avant de la symphise et d'arrière en avant, on rencontre suc-

cessivement : du tissu cellulaire, le muscle psoas-iliaque, l'artère iliaque primitive avec ses divisions, le plexus sacré, des filets du grand sympathique, le péritoine, le rectum, les intestins, les uretères, la vessie et enfin la symphise pubienne.

Anatomie pathologique.

Les désordres survenus dans la région qui nous occupe, par suite de luxation de la symphise, se bornent quelquefois à un glissement des deux surfaces articulaires l'une sur l'autre : c'est une luxation incomplète ; les surfaces se correspondent encore par une partie de leur étendue.

D'autres fois, on a en même temps à constater des désordres formidables des parties continues dans la cavité du bassin, pouvant s'accompagner de fracture des os iliaques et de luxation de la symphise pubienne.

Le tissu cellulaire lâche, extensible, qui environne l'articulation, peut être lacéré dans une étendue proportionnée au déplacement : on trouve alors du sang infiltré ou réuni en foyers ; d'autre fois, suivant l'époque et la gravité de la luxation, des collections purulentes dans la cavité du bassin.

Le tiraillement exercé sur les gros troncs artériels peut être suivi d'une rupture consécutive du vaisseau, ou bien, par suite de l'altération des parois artérielles, il peut survenir un anévrisme quelquefois instantané, d'autres fois seulement quelques jours après l'accident.

La contusion, le tiraillement des nerfs peuvent amener une paralysie momentanée ou plus ou moins persistante, mais qui finit généralement par disparaître.

Quant aux autres organes contenus dans le bassin, leur mobilité leur permet ordinairement d'échapper à l'action des agents extérieurs. Il peut néanmoins y avoir contusion et rupture du rectum, du péritoine, du rein, des intestins, des uretères et de la vessie.

Etiologie.

Comme l'indique le titre de ce travail, nous n'avons voulu nous occuper ici que des luxations de la symphise sacro-iliaque par cause traumatique. Si au traumatisme venaient s'ajouter des influences rhumatismales de l'articulation, une cachexie scorbutique, des phlegmasies chroniques ou tumeurs blanches, l'usure des cartilages, et par suite, des surfaces osseuses articulaires, nous tomberions dans le domaine des luxations consécutives.

Nous ne parlerons pas non plus de l'écartement qui se produit dans les symphises du bassin lors d'un accouchement laborieux, et qui semble se préparer pendant la grossesse par l'épaississement et le ramollissement des cartilages.

Nous n'admettrons donc comme cause de luxation de la symphise sacro-iliaque qu'une puissance extérieure portant violemment et brusquement les surfaces articulaires contre un des points de l'appareil ligamenteux.

Cette puissance devra exercer son action d'une manière d'autant plus violente que les surfaces articulaires sont, dans le cas qui nous occupe, maintenues en contact par des ligaments d'une extrême solidité, ce qui explique, du reste, la rareté des luxations de ce genre.

Symptomatologie.

Les symptômes, variables suivant le mode de production de la luxation, n'ont encore été ni classés ni délimités avec soin.

Nous nous permettrons donc de reproduire ici les observations de luxations de ce genre que M. MALGAIGNE n'a fait qu'indiquer dans son

ouvrage. L'ensemble des symptômes communs à ces divers cas, augmentés de ceux que nous avons soigneusement observés à la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, nous fournira, je l'espère, les moyens d'établir un diagnostic d'autant plus rationnel qu'il sera exclusivement basé sur l'observation.

Observation première. — Sur l'écartement de la symphise sacro-iliaque, par M. Philippe, chirurgien à Chartres *(Académie de chirurgie*, t. IV, 1768. *Histoire,* p. 91). — Le nommé Binay, jeune paysan, âgé d'environ 21 ans, de la paroisse de Ver, près Chartres, portait sur son dos un sac de blé du poids de 350 livres, à une charrette, sur le derrière de laquelle il appuya d'abord ses mains et ensuite la tête sur les mains pour se mettre le tronc dans une direction à peu près horizontale. Un homme monté sur la voiture était chargé de rececoir ce sac et de l'enlever en le redressant : à peine l'eût-il soulevé, qu'il lui échappa et tomba sur le dos de Binay, qui n'avait pas eu le temps de se retirer. Il reçut le sac sur le croupion un peu du côté droit. Ce choc ne l'empêcha pas de se faire charger successivement de trois autres sacs de pareil poids et de les porter à la charrette. C'était à quatre heures après-midi, le 11 octobre 1765. Il ne sentit ce jour-là qu'un léger engourdissement dans le lieu frappé, et le lendemain, il vaqua à ses travaux ordinaires, la douleur étant entièrement dissipée. Le surlendemain, 13 du mois, il souffrit légèrement; la douleur ayant augmenté la nuit du 14, il remplit avec un peu de peine ses occupations. Le 15 au matin, la douleur le força d'appeler le chirurgien du village, qui le saigna deux fois. Le 16, il fut resaigné encore deux fois, parce que la douleur avait augmenté : elle s'étendit les jours suivants, et se faisait ressentir dans les entrailles; le ventre se gonfla et le malade perdit peu à peu le mouvement des extrémités inférieures, et la faculté de retenir ses excréments et ses urines.

M. Philippe fut appelé le 25; il examina la colonne de l'épine, croyant trouver dans le déplacement de quelque vertèbre la cause de tous les

accidents : il n'aperçut pas le plus léger défaut de conformation ; il n'y avait nulle rougeur, ni le moindre gonflement extérieur; toute l'étendue du bassin était également douloureuse, mais aucun endroit n'indiquait le siége primitif du mal.

La petitesse du pouls, le froid de la peau et le défaut de sécheresse à la langue empêchèrent M. Philippe de prendre la tension du ventre pour un état inflammatoire ; il se contenta de prescrire quelques lavements émollients et le petit lait pour boisson.

Le malade avait continué pendant trois jours entiers ses travaux accoutumés : la compression de la moelle épinière par déplacement ou fracture d'une vertèbre aurait produit des accidents plus prompts et immédiats.

L'abolition du sentiment et du mouvement n'avait été complète qu'au bout de huit jours : une forte commotion n'aurait pas donné ce délai. D'après ces idées, M. Philippe crut qu'il s'était fait peu à peu un épanchement de matière lymphatique par la rupture de quelques vaisseaux, et que les nerfs en souffraient consécutivement.

Le malade alla de mal en pis et mourut le 30 octobre.

La premiere chose qui frappa la vue à l'inspection du cadavre, fut une saillie très-visible de plus de trois pouces à côté de l'os sacrum, et parallèlement à son axe : c'était l'os des îles. M. Philippe se reprocha alors de ne pas avoir examiné le local depuis cinq jours; mais les livres de l'art n'ayant fait aucune mention de la possibilité de l'écartement de la symphise sacro-iliaque pas cause externe, elle ne s'était pas présentée à son esprit, et il n'avait guère pu l'accorder avec ce qu'il savait des premiers jours de l'accident, qui avait permis au blessé de marcher, d'agir et de travailler.

Bien assuré de n'avoir reconnu aucun déplacement dans son premier examen, M. Philippe avait craint que de nouvelles recherches n'occasionnassent de plus grandes douleurs, sans procurer plus de lumières sur la cause.

Toute la surface interne du bassin était considérablement enflammée,

surtout du côté droit : il y avait un épanchement de matière purulente dans le bas-ventre. Les intestins étaient distendus et enflammés. L'expansion membraneuse qui recouvre la symphise était plus épaisse que dans l'état naturel ; elle était décollée d'environ trois à quatre lignes sur l'os sacrum, et d'un pouce et demi sur l'os des îles.

En poussant ces os un peu fortement, on leur faisait perdre aisément le niveau de presque toute leur épaisseur, et au plan de leur jonction, ils étaient plus épais que dans l'état naturel : il y avait manifestement inflammation et engorgement dans le tissu osseux.

Obs. II. — Sur la disjonction des os du bassin, par M. Thomassin, chirurgien-major (*Journal de médecine militaire*, 1788, t. VII, p. 414). — Philippe Jouglas, homme très-grand et très-vigoureux, sergent au régiment de Salem-Salem, infanterie allemande, compagnie de Schemuck, fut apporté à l'hôpital militaire de Neuf-Brisach le 29 novembre 1785. Cet homme, étant de patrouille sur le rempart, avait fait la nuit précédente une chute d'environ vingt pieds de haut. Il éprouvait dans le haut de la cuisse gauche et au croupion une douleur très-aiguë : l'extrémité me sembla plus courte que l'autre ; et j'avoue que dès le premier moment je crus que la cuisse était luxée. C'est en voulant m'en assurer plus positivement que je vis qu'on pouvait la fléchir sans aucune douleur, tandis que la plus légère extension lui était insupportable. Je m'informai alors du siége précis de la douleur, et je reconnus qu'elle ne répondait pas à l'endroit de l'articulation de la cuisse, mais à celui de la jonction de l'os des îles avec l'os sacrum, à l'aîne et au pubis. La symphise sacro-iliaque gauche était ouverte, et l'os des îles obéissait sensiblement à la pression ; la symphise des os pubis avait aussi une mobilité marquée, surtout quand, en même temps qu'on appuyait dessus avec les doigts, on faisait agir la cuisse ; mais elle n'était point ouverte, et les os n'étaient point disjoints en cet endroit. Je n'ai pas remarqué, par conséquent, que ces os perdissent leur niveau, comme cela s'est vu dans quelques autres cas de cette espèce.

A son arrivée à l'hôpital, quatorze à quinze heures après sa chute, le malade avait déjà le ventre très-tendu et douloureux ; il vomissait fréquemment ; les selles étaient supprimées ; les urines ne coulaient qu'en très-petite quantité; son pouls était dur et tendu. La douleur de la cuisse et de la hanche était permanente et vive, mais le malade se soulageait beaucoup en élevant le genou avec ses deux mains, de manière à fléchir la jambe et la cuisse ; alors le relâchement des muscles faisait cesser le tiraillement et permettait à l'os de se rapprocher de sa position naturelle.

Je fis élever les jarrets de ce blessé par des oreillers, pour lui donner une attitude moins douloureuse ; il ne pouvait d'ailleurs être couché que sur le dos.

Plusieurs saignées faites dans les premiers jours, les applications émollientes sur l'abdomen, les lavements qui ne ressortaient qu'en partie sans rien entraîner, la boisson du petit-lait édulcorée avec le sirop de violette, et même quelques doux laxatifs, ne purent ni ouvrir ni détendre le ventre, ni diminuer l'agitation et le mal-être dont le malade était tourmenté. Ce ne fut que le sixième jour que le ventre commença à s'ouvrir aux laxatifs plus puissants que je crus devoir employer.

La tension du ventre, quoique douloureuse, n'avait point un caractère décidé d'inflammation ; c'était plutôt un météorisme, effet nécessaire de l'atonie qu'avait occasionnée la forte commotion. Lors donc que le pouls eût repris sa souplesse, les signes toujours subsistants de saburre et l'opiniâtreté de la constipation me décidèrent, comme je viens de le dire, à aiguiser les laxatifs, trop faibles par eux-mêmes pour s'ouvrir une route, que l'irritabilité languissante du canal intestinal ne favorisait point ; j'ajoutai du jalap en poudre à la casse et à la manne; le ventre est ensuite tombé peu à peu. L'usage des toniques eut le succès le plus marqué; je donnai même du vin dans un temps où tous les accidents semblaient le contr'indiquer.

Jusqu'à présent il n'a été question que du traitement médical ; l'état

du malade ne permit pas de faire usage plus tôt des moyens que la chirurgie emploie pour rapprocher les parties désunies et faciliter leur consolidation.

Mais dès que le ventre fut détendu et moins sensible, je fis faire un bandage propre à rapprocher l'os des îles de l'os sacrum, et à maintenir le bassin dans une stabilité favorable à leur recollement. Ce fut une ceinture de toile, large de cinq pouces, cousue sur le corps et fixée par des sous-cuisses, de manière à enceindre entièrement le bassin et à ne lui permettre que des mouvements de totalité. Le malade éprouva bientôt un bien-être marqué; il se trouva beaucoup plus ferme et plus assuré, et il osa même se donner quelques mouvements dans son lit.

Quelque temps après, il essaya de se tenir debout, à l'aide de deux béquilles, et en s'appuyant sur ses jambes par degré; mais ayant voulu porter en avant l'extrémité malade, il ressentit une douleur si vive à la hanche et au croupion qu'il n'osa pousser plus loin ce premier essai. Ce ne fut qu'après six semaines, à compter de sa chute, qu'il put faire quelques pas avec ses béquilles; il les a quittées peu de temps après, et il est sorti de l'hôpital le 11 février, après y avoir demeuré deux mois et demi. On ne peut pas dire qu'il fut totalement guéri, il boîtait encore, mais il était ennuyé de l'hôpital et dégoûté des aliments.

Je lui recommandai de ne pas quitter son bandage et de le faire resserrer de temps en temps.

Cet homme, livré à lui-même, ayant peu ménagé la partie, ne tarda pas à y éprouver de la douleur; la mobilité de l'os augmenta dès qu'il eut abandonné son bandage, et la difficulté de marcher fut si grande qu'il revint à l'hôpital le 12 mars, un mois après en être sorti.

Les deux seules positions où il ne souffrait point, c'était d'être couché ou debout, mais sans marcher; au moindre mouvement, il distinguait lui-même la mobilité des pièces du bassin et leur frottement les unes contre les autres. Il ne pouvait non plus s'asseoir que sur un

siége percé, dans lequel les os ischions pouvaient s'enfoncer, car le moindre appui sur leur tubérosité devenait insupportable. Je lui fis construire un bandage avec une ceinture de cuir fort, recouverte de chamois et terminée à une de ses extrémités par une plaque de fer cousue dans l'épaisseur du chamois, ayant trois dents semblables à celles des brayers; l'autre extrémité de la ceinture se terminait par trois courroies, percées de trous, pour y recevoir les dents. Cette ceinture, ferme sur le pubis, porte à sa partie postérieure deux sous-cuisses fortes, attachées à demeure, qui passent sous les os ischions et vont de même se fixer à la plaque sur deux autres dents. Ce bandage affermit le bassin, de manière qu'aussitôt après son application, le malade a pu marcher; mais il le fallait serrer avec une certaine force, sans quoi il marchait avec moins d'assurance. Au bout d'un mois, il est ressorti de l'hôpital en assez bon état, pour espérer que le temps et l'usage du bandage assureront sa guérison. Je l'ai vu depuis, faisant son service; il ose lui-même, de temps en temps, quitter le bandage; mais le bassin n'a pas encore toute sa solidité.

Ce malade a été en danger de périr pendant dix à douze jours; je craignais même qu'il ne se fût fait un épanchement dans le bas-ventre: une fièvre continue, avec du frisson et des redoublements irréguliers, des sueurs fétides, la couleur terne de la peau, la puanteur de toutes les évacuations, l'élévation de l'abdomen paraissaient assez confirmer mes soupçons et autoriser un fâcheux pronostic.

Obs. III. — Fracture de l'os coxal; luxation de la symphise sacro-iliaque gauche; guérison (Hirtz, *Gaz. médic.*, 1841, p. 12). — Léopold Neutinger, du Neuhof, âgé de 24 ans, maçon, de forte constitution, fut transporté à la clinique le 18 juillet 1840.

Il venait de tomber du haut du toit d'un second étage sur le pavé, le poids du corps portant en arrière sur l'os coxal, et ne put se relever. En l'examinant, on découvre une forte contusion à la fesse gauche; en pressant sur l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, elle

s'abaisse subitement en arrière en produisant un craquement tout particulier au niveau de la symphise. Le malade sent lui-même cette crépitation toutes les fois qu'il fait le plus léger mouvement ; de plus, il y a crépitation vers l'éminence ilio-pectinée. La jambe n'est point raccourcie, mais le pied est légèrement tourné en dedans, et l'on cause des douleurs en voulant changer cette position,

L'émission des urines est impossible (cathétérisme) ; ventre légèrement douloureux, point de paralysie.

Dès que la réaction eut lieu, saignée générale abondante ; 40 sangsues dans la fosse iliaque gauche ; application de glace sur l'abdomen ; bandage serré.

Dès le soir, le pouls s'est relevé (saignée, 30 sangsues). La nuit est calme ; le malade a peu souffert, mais le moindre mouvement détermine du craquement dans les os du bassin.

Le lendemain, le malade est placé sur un lit en forme de hamac. Un drap largement plié sous le bassin et réuni par un nœud fut fixé à une corde jouant sur une poulie. Un bâton, jouant entre l'anse que forme le drap, l'empêche de comprimer les parties latérales du bassin. On parvient à soulever le malade sans lui causer aucune douleur et sans déterminer de déplacement dans les fragments (saignée abondante, sangsues et vessie de glace sur le flanc). Le malade est très-affaibli et n'a plus de fièvre. Il urine spontanément et a des selles. Enfin, un bandage de corps en cuir mou bien rembourré est fixé solidement autour du bassin, à l'aide de courroies en cuir et de boucles, et le malade, à partir de ce moment, ne sent plus de craquement.

Le quatrième jour, on supprime la glace ; il n'y a plus de fièvre, tout va bien. Le malade fut laissé ainsi un mois dans son hamac ; au bout de ce temps, il fut replacé dans un lit ordinaire, où il reste pendant six semaines encore, époque à laquelle il se leva sans permission, et à la visite du matin, il nous dit qu'il peut marcher, qu'il n'éprouve plus ni douleur, ni crépitation. Une exploration attentive nous apprend, en effet, que les parties sont consolidées, et, depuis ce moment,

il se leva tous les jours, marcha sans boîter, et ne conserva plus qu'une légère faiblesse du côté où a existé la fracture et la luxation.

Dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire les observations de MM. Aston, Key et Peste (n'ayant pu nous procurer les journaux de médecine dans lesquels elles sont relatées), nous nous bornerons ici à rapporter textuellement ce que M. Malgaigne dit à propos de ces deux observations :

«Dans le cas d'A. Key, l'iliaque était luxé en arrière du sacrum et les doigts plongeaient dans la symphise disjointe. Chez le blessé de M. Peste, l'iliaque s'était porté en arrière et en haut; le pubis était fracturé près de son épine, et sa branche horizontale remontée au-dessus du corps de l'os; l'épine iliaque antéro-supérieure, portée à la fois en haut et en arrière, la posérieure plus élevée de 3 centimètres que celle du côté opposé. Le membre inférieur paraissait donc raccourci d'autant; mais il mesurait la même longueur que l'autre, de l'épine iliaque antéro-supérieure aux malléoles.»

«Dans le cas de M. Peste, on ne voulut pas tenter la réduction : on se borna à tenir le blessé dans une immobilité absolue, et, au bout d'un mois et demi, il pouvait déjà marcher avec des béquilles, mais la jambe faible et nécessairement raccourci.»

«A. Key entoura le bassin d'une bande de flanelle et plaça un coussin sous l'os luxé pour le repousser en avant; malgré de graves complications, au bout de deux mois, le sujet commençait à marcher avec des béquilles.»

Observation de luxation traumatique de la symphyse sacro-iliaque, prise à la clinique chirurgicale, professeur M. Herrgott, par M. Phelippon, interne des hôpitaux de Strasbourg.

Kugler Andrich, âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, exerçant la profession de blanchisseur, entre au service le vendredi soir, 3 octobre, à neuf heures.

Le lendemain matin, à la visite, il se plaint de très-vives douleurs

à la hanche gauche, dont il a énormément souffert pendant toute la nuit.

Interrogé sur la cause de ces douleurs, voici ce qu'il nous apprend :

La veille, à six heures et demie du soir, il était à cheval, lorsque tout à coup sa monture se cabra. Le cavalier glissa, tomba à terre, et reçut tout le poids du corps du cheval sur la hanche gauche. A ce moment, il perçut un craquement dans cette région et resta sur place sans pouvoir exécuter aucun mouvement. La douleur ressentie depuis lors par le malade est très-forte, et la moindre commotion ainsi que le plus léger effort de toux l'exaspèrent.

Ces renseignements acquis, on procède à l'examen du malade.

Il est couché sur le côté droit, la cuisse demi-fléchie sur le bassin et la jambe demi-fléchie sur la cuisse. Les mouvements sont libres dans les articulations coxo fémorale et fémoro-tibiale, mais ils répondent douloureusement dans la symphise sacro-iliaque. A ce niveau, on ne remarque aucune trace de contusion; les téguments sont sains; mais on constate une déformation assez considérable de la partie : l'épine iliaque supérieure et postérieure gauche est plus élevée que celle de droite d'un centimètre et demi. En saisissant l'os des îles du côté gauche d'une main, au niveau de l'épine iliaque supérieure et antérieure, de l'autre, au niveau de l'épine iliaque supérieure et postérieure, et en imprimant à l'os un mouvement de bascule, on perçoit une sensation de frottement des surfaces articulaires.

Le malade étant toujours couché sur le côté droit, on place une branche du compas d'épaisseur de Mayor sur le pubis, la seconde est portée successivement sur les épines iliaques supérieures et postérieures gauche et droite, et on lit pour la première distance $0^{m},220$, et pour la seconde $0^{m},195$, ce qui fait une différence en plus, pour le coté malade, de $0^{m},025$.

Une deuxième mesure est prise du pubis aux épines antérieures et supérieures ; on obtient $0^{m},13$ pour le côté malade, et $0^{m},14$ pour le côté droit, différence $0^{m},01$.

La mensuration exacte du membre gauche montre qu'il n'y a pas de raccourcissement réel.

Il n'y a rien de particulier à noter du côté de l'abdomen. Pendant la nuit, la miction a été douloureuse : le malade accusait une sensation de brûlure au passage de l'urine, qui s'écoulait en très-petite quantité et à des intervalles peu considérables. Mais au matin, ces symptômes cessèrent et tout rentra dans l'ordre du côté des voies urinaires. On ne vit pas de sang dans les urines. Le blessé n'a pas eu de selles depuis son accident ; mais cette rétention des matières fécales n'a pas duré plus de 48 heures.

Quel est le diagnostic à porter en présence de ces faits?

Admettrons-nous une fracture du sacrum transversale ou longitudinale ? Non ; car, outre que ce genre de lésion est excessivement rare, on ne remarque chez notre blessé aucun des symptômes que l'on a notés comme lui étant particuliers. Ainsi, il n'y a ni saillie, ni mobilité anormales au niveau de l'os sacrum, et le coccyx n'a subi aucune déviation. De plus, l'os iliaque serait immobile et les mesures prises n'auraient offert aucune différence.

Nous ne nous arrêterons pas non plus à l'idée d'une fracture de l'os des îles. En effet, nous n'avons constaté ni déplacement, ni mobilité, ni crépitation dans le corps de l'os.

La double fracture verticale du bassin se montre avec des symptômes tout à fait différents de ceux que nous avons observés chez notre malade. Un renversement plus ou moins considérable du pied en dehors, une mobilité du fragment moyen, une crépitation occasionnée par cette mobilité ou bien encore par les mouvements imprimés à l'articulation coxo-fémorale, tels sont, d'après M. Malgaigne, les signes principaux de cette lésion, signes qui font complétement défaut chez notre blessé.

En portant le diagnostic de luxation de la symphise sacro-iliaque gauche, nous croyons être dans le vrai, et nous y avons été conduit par la sensation de frottement perçue au niveau de cette articulation,

par le déplacement de l'épine iliaque supérieure et postérieure, plus élevée d'un centimètre et demi que celle de droite, et par les autres données fournies par la mensuration.

Le pronostic ne nous paraît pas grave ; et ce qui nous engage à penser ainsi, c'est l'absence de toute complication. En effet, il n'y a eu ni contusion extérieure, ni gonflement ; la sensibilité n'a pas été diminuée un seul instant; il n'y a pas eu de rétention d'urine, ni d'arrêt dans le cours des matières fécales. Il a pu se faire un peu de congestion du côté des organes contenus dans le petit bassin, et les douleurs ressenties pendant la miction dans les premières heures qui ont suivi l'accident, tendraient à le prouver. Mais cette hypérémie n'a été que de peu de durée, et le lendemain tout avait disparu.

Vu l'absence de toute complication, jointe au peu de déplacement des surfaces articulaires, la réduction nous semble inutile à tenter ; il suffira de donner au blessé une position telle que cette réduction s'opère, pour ainsi dire, d'elle-même.

C'est alors que M. le professeur Herrgott a eu l'heureuse idée d'employer la gouttière de Bonnet (de Lyon).

Cet appareil, que l'illustre chirurgien avait fait construire pour les fractures du col du fémur, consiste en une gouttière solide, embrassant à la fois les deux tiers postérieurs des membres abdominaux et les deux tiers postérieurs du bassin. Sa charpente est en fil de fer plus fort en arrière, plus flexible sur les côtés ; elle est rembourrée et porte sur les côtés, au niveau des crêtes iliaques et au niveau des genoux, quatre cordes qui vont se rendre à une moufle fixée au plafond, et à l'aide de laquelle on peut soulever le malade sans lui causer de douleur et sans crainte d'un déplacement nouveau des parties. Le bassin et les extrémités inférieures y sont comme emprisonnées et ne peuvent exécuter aucun mouvement. En outre, la pression exercée par le poids du corps tend à repousser l'os des îles et à lui faire reprendre sa position normale.

La gouttière appliquée le 4 octobre n'a été enlevée que dans les pre-

miers jours de novembre. Malgré les recommandations qu'on avait fait au malade de rester encore couché pendant quelque temps, il se levait clandestinement et marchait avec deux béquilles, en appuyant le membre du côté sain et ne ressentait aucune douleur. Quelques jours après, on lui permit de se lever définitivement; il marcha pendant trois semaines avec des béquilles, puis seulement avec une canne, en boîtant un peu; il n'éprouvait plus qu'une légère faiblesse dans le membre gauche.

Enfin, il est sorti de l'hôpital le 14 décembre, n'accusant ni douleur, ni claudication.

Les surfaces articulaires n'avaient pourtant pas repris leur position normale, car on constatait encore une saillie en arrière de $0^{m},01$ environ, formée par l'os iliaque gauche. Le malade n'éprouvait néanmoins ni difficulté dans la marche, ni douleur à la pression sur la symphise.

Diagnostic.

Comme signes diagnostiques de la luxation qui nous occupe, M. Malgaigne donne les suivants: 1° mobilité avec craquement du côté de la symphise; 2° écartement qui permet d'y enfoncer les doigts; 3° changement de niveau de l'épine iliaque postérieure. Voyons si, en effet, dans les observations qui précèdent, le diagnostic a pu être établi par un ou plusieurs de ces trois signes.

Dans le cas cité par M. Philippe, 14 jours après l'accident, «toute l'étendue du bassin était également douloureuse: aucun endroit n'indiquait le siége primitif du mal.» Ce n'est, du reste, qu'à l'autopsie que l'affection a été reconnue; le changement de niveau de l'épine iliaque postérieure n'a été observé qu'après la mort, avec la mobilité excessive des surfaces articulaires.

Chez le malade de M. Thomassin, «la symphise sacro-iliaque gauche était ouverte et l'os des îles obéissait sensiblement à la pression.»

Dans l'observation rapportée par M. Hirtz, il y a mobilité avec craquement du côté de la symphise ; cette luxation était, en outre, compliquée de fracture du pubis.

A. Key ne donne comme symptôme qu'un écartement tel que «les doigts plongeaient dans la symphise disjointe.»

Dans le cas rapporté par M. Peste, «l'épine iliaque postérieure était plus élevée de $0^m,03$ que celle du côté opposé.» Il y avait encore fracture du pubis.

Chez notre malade, il y avait mobilité avec sensation de frottement du côté de la symphise sacro-iliaque et élévation de l'épine iliaque postérieure.

Nous reconnaissons donc, avec M. Malgaigne, que la luxation de la symphise sacro-iliaque présente comme symptômes principaux : la mobilité avec craquement du côté de la symphise et le changement de niveau de l'épine iliaque postérieure.

Quant à l'écartement qui permet d'enfoncer les doigts entre les surfaces articulaires, il nous paraît devoir exister bien rarement. A. Key est le seul qui l'ait constaté.

Nous noterons encore, comme premier effet de la luxation, l'impossibilité où se trouve le malade de mouvoir les extrémités inférieures, surtout celle du côté affecté, et les douleurs vives qu'on provoque au niveau de la symphise sacro-iliaque, quand on fait exécuter au membre des mouvements, même peu étendus.

Ce symptôme a manqué chez le malade de M. Philippe, puisqu'après l'accident il a continué à marcher et à travailler pendant trois jours; mais nous ne comprenons la luxation, chez cet individu, que par suite de l'inflammation et du pus formé, soit dans l'intérieur, soit au pourtour de l'articulation, conséquence fâcheuse de la contusion et de la distension des ligaments.

Pronostic.

Nous lisons d'un côté dans M. Malgaigne : «Le pronostic n'est pas extrêmement grave, puisque 4 sujets sur 5 ont guéri.»

D'autre part, M. Bégin, dans ses *Eléments de chirurgie* (t. II, p. 798), dit à propos de ces luxations : «Elles se terminent presque toujours par la mort des sujets, et les exemples de guérison que l'on possède sont fort rares.»

Pour nous, le pronostic doit être exclusivement subordonné aux complications.

La paralysie du membre inférieur correspondant ne peut être mise au nombre des complications fâcheuses, puisque nous avons vu qu'ordinairement elle ne persistait pas.

La fracture d'un des os du bassin ne peut retarder la guérison de la luxation, puisque, si l'appareil de contension a été convenablement appliqué, la consolidation de la fracture précède ordinairement celle de la symphise. Nous avons vu, du reste, que dans les deux cas précités, où il y a eu fracture d'un des os pubis, cette fracture n'a influé en rien sur la guérison du malade.

Comme complications graves de la luxation nous citerons : des contusions violentes et même des déchirures des parties molles extérieures, et surtout des viscères contenus dans le bassin et le bas-ventre, occasionnant l'inflammation du tissu cellulaire, des reins, des uretères, de la vessie, du rectum, des intestins. D'où rétention ou incontinence d'urine et de matières fécales, ou tout au moins douleur excessive à l'émission des urines et à l'évacuation des selles.

L'accident le plus imminent et le plus redoutable, c'est l'inflammation du péritoine ; et dans une des observations précédentes, nous avons vu l'imminence de cette complication retarder l'emploi des moyens contentifs de l'articulation, qui auraient probablement hâté la réduction de la luxation, et peut-être même prévenu la rechute.

Traitement.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir en face d'une luxation de la symphise sacro-iliaque.

Les uns veulent qu'on tente immédiatement la réduction ; ils prétendent que c'est le moyen de faire cesser les accidents qui accompagnent souvent cette sorte de lésion. Mais, outre que la réduction est souvent impossible par manœuvres externes, nous croyons que, dans certains cas, les moyens qu'on serait dans la nécessité d'employer ne pourraient qu'aggraver la situation du malade.

La plupart des auteurs conseillent de s'abstenir et de combattre les symptômes, sans s'occuper du déplacement.

Nous ne croyons pas qu'on puisse, à ce sujet, établir de règle générale.

Si le déplacement des surfaces articulaires est considérable et occasionne un trouble notable dans les fonctions des organes voisins, nous croyons qu'il faudra tenter de réduire la luxation, à moins toutefois que les moyens employés pour la réduction ne puissent pas être supportés par le malade.

Mais si les désordres survenus dans les viscères ne sont qu'une suite de la contusion, ou bien si les accidents sont de nature à mettre en danger la vie du malade, nous pensons qu'il vaut mieux s'abstenir de toute tentative et combattre des symptômes que les manœuvres ne feraient probablement qu'exaspérer.

Il est néanmoins toujours possible de placer le malade dans une position telle que la réduction s'opère pour ainsi dire d'elle-même.

Les ceintures de toile, de cuir mou, de flanelle, n'ont pu être appliquées qu'après que tous les accidents du côté de l'abdomen ont été complétement jugulés.

Le hamac de M. Hirtz permettait bien de traiter les symptômes abdo-

minaux, tout en exerçant une pression uniforme sur les os du bassin; mais il n'empêchait pas les mouvements du malade et, par suite, l'exacerbation des douleurs lombaires.

De tous les appareils employés jusqu'à ce jour dans le traitement des luxations de la symphise sacro-iliaque, nous concluons que la gouttière de Bonnet (de Lyon) est le seul qui doive désormais être choisi. En effet, il remplira toutes les conditions nécessaires en permettant de traiter la tension, la sensibilité du ventre, de soulever le malade sans lui causer de douleur et sans avoir besoin de l'assistance d'aides nombreux.

En outre, la portion de la gouttière en contact avec le bassin maintiendra les parties, et la pression du corps aidant, tendra à repousser l'os iliaque déplacé et à lui faire reprendre sa position normale.

Vu par le président de la thèse,

Strasbourg, le 20 décembre 1862.

RIGAUD.

Permis d'imprimer,

Strasbourg, le 20 décembre 1862.

Le recteur, DELCASSO.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DU 22 MARS 1842.

1° *Anatomie.* — Quelle est la disposition anatomique des plans charnus qui concourent à la formation du périnée?

2° *Anatomie pathologique.* — Des divers effets de l'invagination intestinale.

3° *Physiologie.* — Propriétés et fonctions du nerf grand hypoglosse.

4° *Physique médicale.* — Énumérer les principes d'hydro-dynamique qui sont applicables à la circulation du sang et apprécier le degré d'exactitude dont les applications de ces principes sont susceptibles.

5° *Médecine légale.* — Quels sont les signes certains de la grossesse?

6° *Accouchements.* — Quels sont les signes certains de la grossesse en général et leur valeur relative?

7° *Histoire naturelle médicale.* — Qu'entend-on par dédoublement des verticelles floraux?

8° *Chimie et toxicologie.* — Recherches des poisons inorganiques dans les expertises médico-légales.

9° *Pathologie èt clinique externes.* — Quels signes peuvent indiquer, avec quelque probabilité, le point du crâne qu'occupe une fracture par contre coup?

10° *Pathologie et clinique internes.* — Énumérer les maladies de l'appareil biliaire.

11° *Médecine opératoire.* — De la ligature de l'artère carotide primitive?

12° *Matière médicale et pharmacie.* — Quels sont les médicaments qui modifient la composition du sang?